

CARTAS AL DIRECTOR

La selección del paciente de alto riesgo, punto de mira de la reducción del riesgo cardiovascular

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el original publicado en su Revista con el título «Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria» de Antón García et al¹. Nos parece muy acertada la afirmación de que los programas multifactoriales son más útiles en la búsqueda activa de pacientes con alto riesgo para intervenir sobre ellos de forma prioritaria; sin embargo, no estaríamos de acuerdo cuando se asevera que la reducción del riesgo coronario en la población total estudiada ha sido escasa.

La utilización de la variación del riesgo cardiovascular como medida de efectividad de la prevención¹⁻⁵ presenta, a nuestro juicio, ciertas limitaciones. En primer lugar, dado que la población general es en su mayoría de bajo riesgo, los efectos sobre la población de alto riesgo quedan difuminados. En segundo lugar, al hacer el cálculo del riesgo cardiovascular a los 5 años, hay que tener en cuenta el factor edad, que ya por sí mismo varía el riesgo y puede distorsionar los resultados.

El efecto poblacional comentado también es aplicable a factores de riesgo individual como, por ejemplo, en el caso de la presión arterial. ¿Qué utilidad tiene valorar una reducción de la presión arterial en una persona ya normotensa? Parece más útil conocer la prevalencia y el grado de control de la hipertensión para cuantificar posteriormente su repercusión en el descenso del riesgo cardiovascular.

Por otra parte, aunque las actuaciones sobre los estilos de vida parecen poco efectivas cuando se evalúan períodos cortos de tiempo, su impacto a largo plazo es importante. No hay que olvidar que las actuaciones sobre el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y, en menor grado, sobre la obesidad son actividades con muy buen perfil de coste (efectividad porque, además de incidir en el riesgo cardiovascular, tienen un gran impacto sobre otras situaciones como los accidentes de tráfico, el cáncer, la bronquitis crónica y la artrosis).

L. Cristel Ferrer, J. Navazo Nebreda y P.J. Subías Loren
CAP Canet de Mar.

1. Antón García F, Maiques Galán A, Franch Taix M, Aleixandre Martí E, Gómez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:642-7.
2. OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ* 1995;310: 1099-104.
3. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of BRITISH FAMILY heart study. *BMJ* 1994;308:313-20.
4. Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ* 1997; 314: 1666.
5. Subías Loren PJ, Bauzá Nicolay K, Casanovas Cuquet E, García-Mata JR, Iglesias Rodal M, Jiménez Villa J, et al. II estudio de la efectividad de las actividades preventivas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.

Réplica del autor

Sr. Director: Agradecemos el interés mostrado por nuestro artículo e intentaremos responder a las cuestiones planteadas.

En primer lugar, nos gustaría comentar que el objetivo del estudio fue «evaluar la modificación de los factores de riesgo y del riesgo coronario en adultos tras un período entre 1 y 5 años». Aprovechando el registro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de que disponían los centros de salud implicados en el estudio, seguimos a los pacientes durante el tiempo arriba mencionado. Opinamos que precisamente la novedad y el interés de nuestro trabajo estriban en incluir a pacientes no sólo de alto riesgo, sino también de bajo, es decir, sin factores de riesgo. Recordemos que el PAPPS también plantea actuar sobre estos pacientes y, por tanto, es útil conocer la evolución de los factores de riesgo en este grupo. A la vista de los resultados que obtenemos (una reducción de un 0,2-0,3% del riesgo coronario), creemos que no se puede decir que sea un descenso importante.

Otra cosa sería evaluar los efectos de la intervención sobre los pacientes de alto riesgo, que probablemente son los responsa-

bles de este descenso y que serán motivo de otra publicación próximamente. De hecho, en las conclusiones del estudio se plantea que «probablemente la utilidad del PAPPS estribaría en la detección de los pacientes de alto riesgo para intervenir sobre ellos posteriormente».

La forma más adecuada para evitar la distorsión de la edad en el cálculo del riesgo coronario ha sido mantenerla constante a lo largo de todo el seguimiento, considerando como valor inicial la edad en el momento de la introducción del programa. La ausencia de un grupo control obliga a esta modificación para averiguar el efecto sobre el riesgo coronario.

Estamos de acuerdo, y no se afirma lo contrario en nuestro trabajo, en que la actuación sobre el tabaquismo es una de las más efectivas de las descritas en el artículo al conseguir una reducción del hábito de hasta un 2,8% a los 4 años. El coste-efectividad de este consejo, junto con los beneficios para la salud más allá de la reducción del riesgo coronario, lo convierte en prioritario para la atención primaria.

A. Maiques Galán^a y F. Antón García^b

^aMédico de familia. Centro de Salud de Manises. Valencia.

^bCentro de Salud Virgen de la Fuensanta. Valencia.

Apoyo psicológico en el enfermo oncológico

Sr. Director: Hemos leído con interés la carta de Martínez Albuixech¹ sobre las unidades de apoyo al enfermo oncológico y estamos de acuerdo en que deben existir. Sin embargo, consideramos que el apoyo psicológico a estos pacientes, al que hace referencia la autora de la carta, deben proporcionarlo todos los profesionales en contacto con el paciente oncológico, incluido el médico de atención primaria (AP), así como ofrecer apoyo especializado para los que así lo requieran. Además, discrepamos de la mayor parte del contenido de la carta: a) no se debe dejar de responder a las preguntas directas que plantea el enfermo sobre su enfermedad y pronóstico, pues

puede crear desconfianza hacia el profesional. El conocimiento sobre la enfermedad, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico mejora la adherencia al tratamiento y disminuye la ansiedad a lo desconocido^{2,3}; *b*) estamos en desacuerdo con la afirmación de que «no se hace nada» con respecto al apoyo psicológico del paciente oncológico. Es una aseveración subjetiva y, aunque el apoyo psicológico que se ofrece es mejorable, se proporciona de forma habitual; *c*) discrepamos de la afirmación de que se aplican tratamientos quirúrgicos, de quimioterapia o radioterapia sin el consentimiento informado del paciente y/o familiar, ya que la información se da por escrito y se firma la aceptación del tratamiento; *d*) no creemos que se aliente al paciente con «palabras vacías». Se trata de una apreciación subjetiva más de Martínez Albuixech; *e*) respecto a la nula formación humanística de los médicos, le recordamos las asignaturas de psicología y psiquiatría que forman parte del currículum de pregrado, así como las técnicas de entrevista clínica y el manejo del paciente en situaciones difíciles, incluidos en los objetivos y proyecto curricular de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Por otro lado, existen otras posibilidades de aprendizaje como la autoformación y los grupos de trabajo específicos dentro de las sociedades científicas⁴, y *f*) la autora de la carta afirma que la derivación del paciente al ámbito hospitalario lo deja desprotegido del apoyo psicológico y que éste debería estar centrado en psicólogos, probablemente por desconocimiento de las características de la asistencia de estos pacientes en dicho nivel y de la existencia de grupos multidisciplinarios en su manejo. Nos parece también desproporcionada y subjetiva, una vez más, la afirmación: «... y que incluso comentarios inoportunos por parte de algunos –pocos– especialistas han ensombrecido su actitud ante la enfermedad».

Queremos hacer hincapié en la valoración integral que se debe realizar a cualquier paciente, pero sobre todo a los oncológicos por la sobrecarga emocional que comporta el diagnóstico. Consideramos que la AP cumple un papel muy importante a este nivel, asesorando al paciente en sus decisiones, apoyando el trabajo realizado por la atención especializada y, sobre todo, apor-

tando la visión biopsicosocial del enfermar que preconiza la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵. El equipo de AP se encuentra en situación privilegiada para abordar estos problemas, puesto que conoce la situación social, familiar y psicológica del individuo, y no debe ser un mero observador de cómo transcurren los acontecimientos mientras el paciente está siendo valorado por su especialista; debe abordar el control de los síntomas, la intervención psicológica del paciente y su familia, valorar la nueva situación social ante el enfermar y establecer las relaciones profesionales con atención especializada cuando sea necesario.

Las afirmaciones sobre temas concretos realizadas por expertos en cartas al director deben estar refrendadas por referencias bibliográficas.

**A. Melchor Penella^a,
V. Palop Larrea^b, A. Belenguer
Varea^b y T. de Vicente Muñoz^c**

^aUnidad de Cuidados Paliativos. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

1. Martínez Albuixech P. Unidades de apoyo psicológico en el enfermo oncológico. *Aten Primaria* 2001;28:626.
2. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)* 1998;110:744-50.
3. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. *Compliance in health care*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press, 1979.
4. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1993.
5. OMS. Atención primaria de salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata, 1978. Ginebra, 1978.

Réplica del autor

Sr. Director: La lectura de la carta de contestación a mis opiniones acerca de una demanda de mayor atención a los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos me ha suscitado sentimientos encontrados.

Así, lamento que, pese al interés con el que dicen haber leído mi carta, me hayan malinterpretado en casi todo. Resulta que exigen que también desde los equipos de atención primaria se atiendan las necesidades psicológicas de los pacientes oncológicos, punto este del que de forma clara se parte en mi carta inicial, demandando justamente que tal atención se lleve también a cabo en el resto de las fases del tratamiento. Asimismo, aunque efectivamente no he acompañado de referencias bibliográficas mis afirmaciones, no lo he hecho porque se trataba claramente de opiniones personales, como no traté de ocultar, y por eso mismo remití el texto a la sección de Cartas al Director y no a la de Cartas de Investigación. Si bien he de añadir que tal «subjetividad» deriva de años de conversaciones con compañeros y, sobre todo, de enfrentarme día a día con personas (no meramente usuarios) que, sentadas al otro lado de la mesa, se desahogan contándome sus experiencias, mientras yo busco las palabras que sin faltar a la verdad (cuánta formación humanística, pese a los contenidos curriculares que mencionan en su carta, falta si nos creemos que la verdad es algo absoluto) puedan ayudar a que su estado global de salud mejore o, por lo menos, a que no empeore más, ni más rápido de lo inevitable. Por otra parte, claro que no se debe dejar de contestar a las preguntas directas que formula el enfermo sobre su enfermedad y pronóstico (de nuevo dicen que digo lo que no he dicho), pero primero se deberá estar seguro del pronóstico (¿cómo decirle a alguien que le quedan dos meses de vida, cuando la experiencia demuestra que en algunos casos se convierten en años? Desde la estadística claro que se puede decir; desde la consideración de una persona con nombre y apellidos tal vez no esté tan claro); en segundo lugar, ¿qué hacer cuando la pregunta del paciente no es directa, sino todo lo contrario?, ¿qué hacer cuando el paciente te pide a gritos que le mientas? De nuevo surge la cuestión de la relatividad de la verdad.

Claro que el consentimiento informado se otorga por escrito y se firma, en ningún momento he negado tal cosa en mi carta, pese a que así lo afirman los autores de la réplica; pero de ahí a que el paciente sepa (entendimiento) realmente lo que ha fir-